



López Mejías, por el contrario, tiene una actitud popperiana al poner su punto de mira en las instituciones y la posibilidad de reformarlas, evitando conscientemente la pregunta ¿quién debe dirigir un servicio de Neumología?, para sustituirla por ¿cómo podemos deshacernos de un mal jefe de servicio de la forma menos traumática posible? Por tanto, no son precisamente las metáforas matrimoniales del estilo literario de López Mejías, a pesar de dar gracejo y suavidad crítica a su carta, lo que me parece a mí más valioso en su réplica a García Pachón, sino su certero contenido metodológico que, evitando los aspectos psicológicos que inciden sobre el individuo y que son incontrolables, se centra en la posibilidad de eliminar o corregir los posibles errores cometidos al elegirlo. De hecho tales adornos estilísticos han suscitado una nueva propuesta desacertada, según creo, de García Pachón en forma de orfelinato neumológico: "Si a algo se asemeja el jefe, nos dice ahora, es a la figura del padre, pero de un padre peculiar, adoptante y adoptado".

A mi juicio, un servicio de Neumología debe ser contemplado no desde el punto de vista de los médicos residentes o de cualesquiera otros miembros del mismo, sino como una institución social. Desde luego, podemos y debemos establecer las tareas (asistenciales, docentes e investigadoras) y por tanto el nivel de cualificación profesional de la persona que lo ha de dirigir. Pero en modo alguno podemos conocer sus motivaciones psicológicas al presentarse como candidato a la jefatura del mismo (ambición-egolatría o actitud de responsabilidad-servicio), ni evitar los intereses creados entre los miembros del tribunal que lo ha de seleccionar, o aún menos predecir las capacidades que va a manifestar en el ejercicio de su cargo. Lo que sí podemos o deberíamos procurar hacer es delimitar los procedimientos para sustituir a un jefe de servicio que ha demostrado su incapacidad para desempeñar tal responsabilidad.

Que duda cabe que a todos nos gustaría tener como jefe de servicio a una persona adornada de las más excelsas virtudes intelectuales, morales y profesionales (aunque puestos a elegir maestro yo me apuntaría con Sócrates que al parecer decía cosas tan interesantes como: "Cualquiera sea la autoridad que yo tenga, esta descansa exclusivamente en mi conocimiento de lo poco que sé"), pero veinticinco siglos de áridas discusiones epistemológicas nos han enseñado a ser más humildes cuando pretendemos haber alcanzado la verdad o la perfección. Como dice Bertholt Brecht en su "Galileo": "El principal objetivo de la ciencia no consiste en abrir una puerta a la sabiduría infinita, sino poner unos límites al error infinito"⁵.

E.G. García Martínez

1. García Pachón E. ¿Cómo es un buen jefe de Neumología? Arch Bronconeumol 1990; 26:96-97.
2. López Mejías J. Cómo es un buen jefe de servicio de Neumología (o cómo debe ser

un marido perfecto). Arch Bronconeumol 1991; 27:281.

3. García Pachón E. ¿Cómo es un buen jefe de Neumología? Arch Bronconeumol 1991; 27:386.
4. Popper KR. La sociedad abierta y sus enemigos. Barcelona: Editorial Paidós Ibérica 1982:7.
5. Cita tomada de: Skrabanek, P. y McCormick, J. Sofismas y desatinos en medicina. Barcelona: Ediciones Doyma 1992:19.

Infección respiratoria por *Pasteurella multocida*

Sr. Director: *Pasteurella multocida* (PM) es un cocobacilo gram-negativo que puede causar procesos infecciosos tanto en animales como en humanos¹. Este germen ha sido aislado en la nasofaringe de muchos animales (perros, gatos, cabras...) y ocasionalmente en el hombre sano o con patología pulmonar subyacente². Se describen tres tipos de procesos infecciosos asociados con PM: a) Infecciones secundarias a mordeduras o arañazos de animales (70% perros y gatos) que pueden dar lugar a abscesos focales o metastásicos. b) Infecciones asociadas con exposición a animales pero sin mordedura. c) Infecciones en pacientes sin historia de contacto con animales. En estos dos últimos casos la PM da lugar con mayor frecuencia a infecciones respiratorias (IR) o intraabdominales¹.

Dentro del espectro de IR ha sido descrita como causa de IR sin neumonía³⁻⁵, neumonía^{2, 6-8}, empiema^{2, 7}, etc.

Recientemente se ha publicado en su Revista un caso de infección por PM en un paciente con patología pulmonar crónica.

Nosotros queremos aportar un nuevo caso en una niña de 14 años que también presenta patología pulmonar crónica secundaria a bronquiectasias en lóbulo inferior izquierdo (LII).

Paciente de 14 años, procedente del medio rural, con antecedentes de bronquiectasias en LII. Un año antes del ingreso actual presentó neumonía en dicha localización que tuvo una evolución tórpida. Posteriormente presentó tos y expectoración purulenta sin fiebre. En la exploración física presenta crepitantes y roncus en base pulmonar izquierda. La analítica elemental de sangre y orina fue normal.

Las inmunoglobulinas, alfa I antitripsina y el test de cloro en sudor eran normales. Test cutáneos para hongos negativos.

La TAC mostró colapso y bronquiectasias cilíndricas localizadas en LII. Se realizó broncofibroscopia apreciándose mucosa hiperémica y abundantes secreciones purulentas a ese nivel. El cultivo del broncoaspirado fue positivo para *Haemophilus influenzae*. Fue tratada con amoxicilina-clavulánico con buena respuesta clínica. Cuatro meses después consultó por tos, sensación febril y esputo purulento. No presentaba leucocitosis en sangre periférica ni datos radiológicos de consolidación.

En el esputo se aisló PM en cultivo puro, sensible a penicilina, amoxicilina, cefalospo-

ginas y ciprofloxacina. Fue tratada con amoxicilina-clavulánico 500 mg/8h/15 días, no volviéndose a aislar el germen en cultivos realizados posteriormente.

La IR por PM es infrecuente existiendo pocos casos descritos en la literatura. Este es el quinto caso de IR sin neumonía recogido en la literatura española³⁻⁵. Probablemente esta infrecuencia está en relación con la dificultad para identificarlo. Si no se conoce el antecedente epidemiológico de exposición a animales y si no se realizan técnicas específicas para su identificación (oxidasa y catalasa) es fácilmente confundido con *Haemophilus influenzae* y otros gram-negativos.

No conocemos con exactitud cual es la frecuencia de las IR por PM en pacientes con patología pulmonar crónica, pero probablemente sea mayor que la descrita en la literatura, pues estos pacientes son tratados empíricamente con antibióticos de amplio espectro a los que suele ser sensible la PM.

I. Otero González, C. Montero Martínez y J.M. Fontan Bueso

Servicio de Neumología. Hospital Juan Canalejo. La Coruña.

1. Boyce JM. *Pasteurella* species. Mandell, Douglas and Bennet (eds): Principles and practice of infectious diseases. New York-Edinburgh-London-Melbourne: Churchill Livingstone Inc 1990:1.746-1.748.
2. Weber DJ, Wolfson JS, Swartz MN, Hooper DC. *Pasteurella multocida* infections. Report of 34 cases and review of the literature. Medicine 1984; 63:133-134.
3. Dorronsoro I, Diez R. Infecciones humanas por *Pasteurella multocida* no relacionadas con mordedura de animales. Rev Clin Esp 1978; 151-163.
4. Amor Sánchez E, Pérez Rivilla A, Otero JR. Infección respiratoria por *Pasteurella multocida* sin neumonía. Enf Infec Microbiol Clin 1987; 5:254-255.
5. Pérez Moreno MO, Jordi Baiges AM, Zaragoza López JJ, Fernández Rivas C, Padrós Soler G. Infección respiratoria por *Pasteurella multocida* en portador nasofaríngeo. Rev Esp Microbiol Clin 1990; 5:112-113.
6. De los Santos S, González A, Capote F, Fernández P, López Mejías J. Neumonía por *Pasteurella multocida*. Arch Bronconeumol 1987; 23:35-36.
7. Melchor Iníguez R, Martín Herraiz A, Carbajosa SG et al. Infección pleuropulmonar por *Pasteurella multocida*. Descripción de un caso y revisión de la literatura. Rev Clin Esp 1983; 171:157-159.
8. Campos Bueno A, Ulla Anes M, Merino Fernández FJ, Val Adán P, Ramos Goriostola P, Sánchez Arroyo RJ. Infección respiratoria en un paciente con síndrome del lóbulo medio asociado. Arch Bronconeumol 1992; 28:122-124.
9. Lueiro Lores F, Amores Antequera C, Castaño Vidriales J, Sanmartín C, Román F, Lueiro Lores V. Infección por *Pasteurella multocida* a propósito de un caso. Rev Esp Microbiol Clin 1987; 2:46-49.